FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREŞTI

No. 1965

CONTRIBUȚIUNI LA STUDIUL HEMORAGIILOR

PRIN

RUPEREA SINUSULUI CIRCULAR AL PLACENTEI

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE

Prezentată şi susţinută la 21 Iunie 1923

DE

ANA MANNU

BUCUREŞTI
Tipografia „LUPTA" Nicolae Stroilă, Calea Victoriei No. 101
1923

1109

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

No. 1965

CONTRIBUȚIUNI LA STUDIUL HEMORAGIILOR

PRIN

RUPEREA SINUSULUI CIRCULAR AL PLACENTEI

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

Prezentată și susținută la 28 Iunie 1923

DE

ANA MANNU

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

BUCUREȘTI
Tipografia „LUPTA" Nicolae Stroilă, Calea Victoriei No. 101
1923

1199
INSTITUTUL MEDICO FARMACEUTIC
BUCUREȘTI
BIBLIOTECA CENTRALĂ
Inv. Nr. 30771

Decan : D-nul Prof. Dr. Ionescu Thoma

PROFESORI TITULARI :

Clinica II-a chirurgicală	D-l Dr.	*Angelescu C.*
Chimia medicală	„ „	*Athanasescu N.*
Clinica chirurgicală infantilă şi ortopedie	„ „	*Bălăcescu I.*
Anatomia patologica Bacteriologia şi patologia experimentală	„ „	*Babeş V.*
Istologia normală şi Istogeneza	„ „	*Besnea St.*
Medicina experimentală	„ „	*Cantacuzino I.*
Clinica ginecologică	„ „	*Daniel C.*
Clinica II-a medicală	„ „	*Danielopol D.*
Anatomia topografică II	„ „	*Gerota D.*
Farmacia chimică şi galenică	„ „	*Georgescu M.*
Clinica şi teoria obstetricală	„ „	*Gheorghiu N*
Anatomia topografică I Clinica I chirurgicală	„ „	*Ionescu T.*
Clinica III-a medicală	„ „	*Ionescu D.*
Clinica III-a chirurgicală	„ „	*Juvara E.*
Clinica boalelor căilor urinare	„ „	*Jianu A.*
Farmacologia şi materia medicală	„ „	*Lalu S.*
Clinica boalelor oto-rino-laringologice	„ „	*Meţianu N.*
Clinica boalelor nervoase	„ „	*Marinescu Gh.*
Chimia analitică	„ „	*Minovici St.*
Clinica infantilă	„ „	*Manicatide M.*
Igiena şi poliţia sanitară	„ „	*Mezincescu D.*
Medicina legală	„ „	*Minovici M.*
Oftalmologia şi clinica oftalmologică	„ „	*Manolescu D.*
Clinica I-a medicală	„ „	*Nanu-Muscel I.*
Clinica dermatologică şi sifiligrafică	„ „	*Nicolau St.*
Clinica mentală	„ „	*Obregia Al.*
Fiziologia umană	„ „	*Paulescu N.*
Patologia generală	„ „	*Proca G.*
Anatomia descriptivă şi embriologia	„ „	*Rainer Fr.*
Zoologia medicală	„ „	*Sihleann St.*
Botanica medicală	„ „	*Solacolu T*
Patologia medicală	„ „	*Thomescu I. Th.*
Clinica terapeutică	„ „	*Theohari A.*
Analiza alimentelor şi băuturilor	„ „	*Vintilescu I.*

PROFESORI AGREGAŢI :

Medicina operatorie	D-l Dr.	*Constantinescu C.*

JURIUL DE PROMOŢIUNE :

Preşedinte : **D-l Prof. Dr. GHEORGHIU N.**

Membrii
- **D-l Prof. Dr. Juvara E.**
- **„ Conf. Dr. Zaharescu-Karaman**
- **„ Docent Dr. Bejan I.**
- **„ „ „ Hristide E.**

Facultatea consideră opiniunile expuse din această lucrare ca proprii ale autorului şi nu are a exprima nici aprobare nici desaprobare.

INTRODUCERE

Raritatea cazurilor clinice prin ruperea sinusului circular şi interesul ce-l presintă din punct de vedere al diagnosticului, pronosticului şi tratamentului pentru mamă şi făt, mi-a sugerat ideea acestei lucrări.

Materialul clinic folosit cu această ocazie nu este prea bogat, căci literatura străină nu posedă decât un număr foarte restrâns de cazuri, iar în literatura română, nu am aflat decât două cazuri similare, care însă vor servi de bază, studiului ruperei sinusului circular.

Istoricul anatomic şi clinic urmat de etiologia, patogenia, simptomele, diagnosticul, pronosticul şi tratamentul, vor constitui capitolele ruperei sinusului circular. Şapte observaţiuni din literatura străină şi două din literatura română ilustrează tabloul clinic al acestei complicaţiuni de sarcină şi travaliu.

Domnului Profesor Dr. N. Gheorghiu în serviciul şi prin bunavoinţa căruia am căpătat toate noţiunile de obstetrică, îi voiu fi în veci recunoscătoare pentru cunoştinţele de specialitate cu cari pornesc în practica medicală. Pentru deosebita cinste ce-mi face prezidându-mi lucrarea inaugurală, îi mulţumesc respectuos.

Aduc mulţumiri d-lui Dr. Zaharescu Karaman şi d-lui Dr. Marius Georgescu pentru bunavoinţa cu care m-au sfătuit în cursul tezei mele.

Profesorilor mei, Juriului de promoţie recunoştinţă şi respect.

Mamei mele şi soţului meu, le mulţumesc şi le sunt recunoscătoare pentru sacrificiile făcute pentru mine şi în semn de mare dragoste le închin această lucrare.

ISTORIC

Hemoragiile în ultimele trei luni ale sarcinei şi în timpul travaliului, au fost mult timp puse pe socoteala inserţiei vicioase a placentei. *Jacquemier* este primul care arată că hemoragiile mai pot fi produse prin rupturi aşezate la nivelul venelor mari şi numeroase, cari înconjură placenta.

Despre posibilitatea acestui fel de hemoragii el scrie următoarele: „In timpul stagiului meu la Maternitate, am examinat un mare număr de placente, aproape la toate femeile cari au prezentat hemoragii, fie în timpul sarcinei, fie în timpul travaliului. Am găsit pe mai multe placente proba evidentă că hemoragia avusese sediul la marginea placentei, fără ca aceasta să prezinte urme de deslipire anterioară“ [1]).

Mai târziu *Matthews Duncan*, studiind hemoragiile in cazurile de placente praevia a scris: „Hemoragiile în ultimele trei luni ale sarcinei, în cazuri de placenta praevia, se pot produce în mai multe moduri:

1) Prin ruperea unui vas utero-placentar la nivelul sau deasupra orificiului intern al uterului;

2) Prin ruperea unui sinus marginal utero-placentar la suprafaţa de deslipire prematură spontană, nu atunci când inserţia placentei este centrală sau acoperă orificiul intern, dar

---

1) Arch. Génér. de médecine 1839 t V pag. 33.

atunci când una din marginele placentei are sediul pe orificiul intern sau în apropierea lui.

3) Prin separarea parţială a placentei în urma unei cauze accidentale: traumatism sau cădere.

4) Prin separarea parţială a placentei, consecinţa contracţiilor uterine, cari determină o uşoară dilataţie a orificiului. Asemenea accidente pot fi descrise ca începuturi de falş travaliu, dar cari se opresc repede".

Prin urmare ambii autori au citat în lucrările lor şi posibilitatea hemoragiilor prin ruperea sinusului circular. Nici unul nu le-a ilustrat cu observaţii clinice, aşa că aceste idei au rămas fără mare influenţă.

Hemoragiile prin ruperea sinusului circular au rămas necunoscute multă vreme, iar opiniile acestor autori nu sunt citate în nici o lucrare, ba chiar combătute. Aşa *d-ra Dylion* [1]) în teza sa spune: „Ideile eminentului profesor din Edimbourg n'au avut mare succes; de altfel acestea se pot înlătura teoretic cu uşurinţă, pentrucă nu ai posibilitatea să explici aceste hemoragii, fără să admiţi o cât de mică deslipire a placentei".

In acest stadiu se găsea chestiunea când *Budin* şi-a propus s-o lămurească. In scurt timp el strânge 7 observaţiuni clinice, pe cari le publică în 1893.

In acelaş an, cazuri noui sunt publicate de către *Maygrier* (două cazuri) *Bonniaire* şi *Chavane* (câte unul). Toate aceste 11 cazuri împreună cu părerile profesorului Budin, le întruneşte *Maksud* în teza sa [2]).

Meritul de a fi stabilit precis hemoragiile prin ruperea sinisului circular, îi revine *Profesorului Budin.*

La scurt interval, *Hirigoyen* aduce un caz nou.

---

1) De l'insertion vicieuse du placenta. Essai de clinique Therapeutique. Paris 1890.

2) Thése de Paris 1893. „Diagnostic rétrospectif de l'insertion vicieuse du placenta. Hémorrhagies dues à la rupture du sinus circulaire.

Brindeau examinând în anul următor toate placentele din sala de facere a Maternităţei mai găseşte încă 8 cazuri.

In 1896 *Prof. Budin* într'o lecţiune făcută la Maternitatea din Paris, a putut comunica un număr de 22 cazuri. După aceia *Pujol* din Marsilia publică încă 4 cazuri, aşa că *Rivron* [1]) în teza sa întruneşte în total 26 de cazuri.

Azi numărul cazurilor publicate este destul de mare.

La noi, d-l d-r Zaharescu-Karaman comunică primul caz la Societatea de Chirurgie din Bucureşti în Mai 1910.

Un nou caz avem anul acesta, în Clinica Obstetricală a D-lui Profesor d-r N. Gheorghiu comunicat de d-l d-r Zahărescu-Karaman la Societatea de urologie, ginecologie şi ostetrică, în Mai 1923.

Aceste două observaţiuni sunt trecute în lucrarea de faţă.

1) Rivrou. Thèse de Paris 1897. „Dela rupture du sinus circulaire".

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545818_0051

Anatomia sinusului circular

Sinusul circular descris de Meckel, Jacquemier şi Delore este foarte bine şi amănunţit studiat de Maksud.

Sinusul circular este un vas situat la periferia placentei fără să formeze în jurul acestui organ un cerc complect. El este constituit din mai multe vase ce se dispun cap la cap, fără însă a se continua unul cu altul, aşa că de fapt el are o constituţie segmentară de lungimi diferite. Intre aceste segmente aşezate la periferia placentei rămân porţiuni pline, în care sinusul lipseşte.

Sinusul circular este un vas de origină maternă. Desvoltarea pe care o ia acest sinus, variază dela o placentă la alta, ba chiar pe aceiaş placentă găsim variaţiuni însemnate de volum, formă, lungime şi structură. Aşa pe un mare număr de placente sinusnl este bine desvoltat şi se poate pune cu multă uşurinţă în evidenţă, însă pe un număr mai mic de placente, el apare puţin desvoltat şi este foarte greu de găsit, ba chiar lipseşte pe porţiuni destul de întinse.

Aceste variaţiuni după cum am mai spus, le putem avea chiar pe aceiaşi placentă.

Dimensiunile, pe cari le poate avea sinusul în diferitele lui segmente, variază. In genere volumul lui este cât grosimea degetului mic şi depăseşte pe aceiaşi placentă acest calibru fie în plus, fie în minus.

Pe lângă aceste variaţiuni mai prezintă din loc în loc nişte dilataţiuni, care se întind în vecinătatea membranelor pe o distanţă de 3—4 cm. Ele se găsesc pe un număr mai restrâns de placente; găsim una, două sau cel mult trei asemenea dilataţiuni pe aceiaşi placentă şi formează adevărate anevrisme venoase.

Dacă examinăm sinusul privind placenta pe faţa ei uterină, vedem mai multe orificii, cari s'au produs în momentul deslipirei placentei şi reprezintă punctele de comunicaţie între sinusul circular şi sinusul uterin. Ele sunt variabile ca număr şi dimensiune. Rotunde sau neregulate, aceste orificii au în mijlociu volumul unui bob de linte, altele sunt de două, trei ori mai mari, mai ales în dreptul porţiunilor dilatate. Sinusul mai comunică cu o serie de vase ce se găsesc în grosimea caducei şi cari au o lungime dela 1 cm. până la 5—6 cm.

In alte locuri comunică larg prin nişte deschideri mari cu lacurile sanguine, cari se găsesc între chorion şi ţesutul cotiledonar şi în fine mai comuuică şi cu sinusurile intercotiledonare, cari se deschid tot în acest vas circular.

O incizie făcută pe acest vas ne arată peretele în genere alb lucios, neted, fără vilozităţi, însă ciuruit de o serie de orificii de dimensiuni diferite.

Putem distinge 3 pereţi. Unul intern în raport cu placenta, este format în unele locuri de o membrană proprie.

Acest perete însă, în cea mai mare parte este înlocuit cu o mulţime de orificii sau de coloane fine şi foarte numeroase, cari delimitează tot atâtea spaţii mici şi mari, comunicaţii între sinus şi placentă. In dreptul lacurilor sanguine acest perete lipseşte în întregime.

Al doilea perete, în raport cu caduca, care îl desparte de peretele uterin, este friabil şi se rupe cu uşurinţă. Această porţiune prezintă după expulzia placentei o serie de orificii, produse prin ruperea punctelor de unire între sinus şi vasele uterine

Între aceşti doi pereţi se interpune al treilea, cel mai rezistent, în general ceva mai desvoltat, care se sprijină pe chorion.

Sunt cazuri mai rare când sinusul nu este format decât din doi pereţi şi anume :

1. sau peretele care este în raport cu caduca este însoţit de peretele în raport cu chorionul ;

2. sau peretele în raport cu caduca este însoţit de peretele placentar. In ultimul caz sinusul se găseşte la marginea extremă a placentei şi nu se poate pune în evidenţă decât prin secţiune.

Etiologie, Patogenie.

Ruperea sinusului circular a fost comparată cu ruperea spontană a unui varice superficial. Sângele acumulându-se în vasele placentei; destinde sinusul circular, care prin creşterea tensiunei, prin o cauză oarecare, se rupe, dând naştere la hemoragie. Deci pentru producerea acestui accident contribue o serie întreagă de cauze predispunătoare, la care trebue să adăogăm şi cauze determinante.

Din descripţiunea anatomică de mai sus, reiese unele din cauzele cari contribuesc la producerea acestei ruperi. In primul rând trebue să citäm structura delicată şi puţin rezistentă a pereţilor vasului, străbătuţi de o mulţime de orificii, mai ales a peretelui în raport cu uterul. Aci caduca uterină poate fi alterată, scăzând şi mai mult rezistenţa. Apoi aşezarea vasului la periferia placentei în vecinătatea inserţiei membranelor precum şi inserţia vicioasă a placentei sunt alte cauze însemnate cari predispun sinusul la rupere. Mecanismul de producere al ruperei este destul de variat.

Vom vedea din observaţiunile clinice că hemoragiile survin, în unele cazuri, în urma unei oboseli sau a unui traumatism oarecare, fie directfie indirect; în alte cazuri, în urma zdrun-

cinăturilor de trăsuri sau în urma unei emoţiuni puternice. In timpul acestor accidente, printr'o creştere a tensiunei în sinus s'ar produce o soluţiune de continuitate în peretele vasului şi care ar permite pierderea sângelui.

Hemoragiile ce survin în timpul travaliului prin ruperea sinusului circular, mai ales când placenta este în segmentul inferior, trebue explicată prin tracţiunea violentă pe care o exercită membranele asupra placentei şi prin creşterea tensiunei în acest vas. Ştim că aceste membrane sunt groase, rugoase şi puţin elastice. In timpul contracţiunilor ele nu pot să se destindă şi dacă nu se rup, prin tracţiunea exercitată la marginea placentei în vecinătatea sinusului poate să producă ruperea lui. Această rupere se poate produce în dreptul unei dilataţiuni şi atunci hemoragia este foarte abundentă. Pentrucă vasul nu are pereţii retractili, pierderea de sânge încetează greu. Membranele la fiecare contraţiune uterină îndepărtează prin tracţiune marginele rupturei, în timp ce sângele este împins cu putere prin acest orificiu larg deschis.

In fine, ruperea sinusului circular, se mai poate produce şi în momentul ruperei membranelor. Ruptura prelungindu-se până la placentă, interesează sinusul, mai ales când placenta este inserată în vecinătatea orificiului uterin.

Simptome şi diagnostic.

Ruperea sinusului circular se produce în timpul sarcinei mai ales în ultimele trei luni ca şi în timpul travaliului. Ea se poate produce pe o placentă inserată pe segmentul inferior al uterului ca şi pe una cu inserţie normală. Consecinţa acestei rupturi avem în mod constant o hemoragie, care poate fi foarte abundentă, punând în primejdie chiar viaţa mamei. De regulă însă ea este insidioasă şi moderată.

Adesea hemoragia este externă, mai ales în rupturile pe o placentă praevia. In acest caz marginea placentei fiind în imediata vecinătate a orificiului uterin, sângele neputându-se strânge între ou şi uter, pe măsură ce iese din sinus, curge în afară atât în timpul cât şi între contracţiunile uterine. El este roşu fără chiaguri.

In unele cazuri, sângele se poate acumula între membranele oului şi uter, mai ales când placenta este înserată ceva mai departe de orificiul intern al colului uterin.

Aci simptomele care însoţesc ruperea sinusului sunt diferite: *hemoragia* poate rămâne numai internă, provocând femeii dureri Slăbiciunea, paliditatea, ameţelile precum şi frecuenţa şi micimea pulsului, sunt simptome de mare valoare în aceste hemoragii interne.

Sângele astfel acumulat între ou şi uter îşi poate face drum la exterior şi după un timp oarecare hemoragia devine

mixtă, adică şi internă şi externă. Colectat anterior în acea pungă, el devine negricios şi se coagulează Chiagurile pot fi negre sau mai decolorate şi de rezistenţe diferite, după vârsta hemoragiei. La exterior curge deci acest sânge negru cu chiaguri sau numai serozitatea sângelui după coagulare.

Diagnosticul diferenţial al hemoragiilor prin ruperea sinusului circular este greu de făcut. Se poate confunda cu hemoragiile placentei praevia sau cu hemoragiile produse prin deslipirea placentei normal inserate.

In caz de placenta praevia, la tactul vaginal, se constată în lumina orificiului uterin, prezenţa cotiledoanelor placentei.

In cazurile când, afară de hemoragie, nu avem niciun semn care să ne indice o placenta praevia, trebue să avem în minte cele două posibilităţi: deslipirea placentei normal inserate şi ruperea sinusului circular al placentei. Semne speciale pentru una din ele nu avem şi diagnosticul rămâne să-l facem dupe facere, când vom avea posibilitatea de a examina placenta.

Cu hemoragiile prin ruperea unui varice vaginal sau a colului uterin, diagnosticul se pune cu uşurinţă, examinând atent vaginul şi colul uterin.

Ruperea uterului este rară şi are destule caractere proprii, cu cari se face uşor diagnosticul.

Am văzut că certitudinea o avem prin examinarea cu atenţiune a placentei.

Pe ea găsim ruptura membranelor cu care controlăm locul de inserţie al placentei. Tot pe ea găsim sinusul circular rupt pe întindere variabilă. Putem găsi una sau mai multe rupturi produse la date diferite.

In unele cazuri chiagul format în sinus, iese la nivelul rupturei, indicând locul unde s'a făcut hemoragia.

Pronostic şi tratament.

Hemoragiile prin ruperea sinusului circular, prezintă pentru mamă o gravitate, variabilă cu cantitatea de sânde pierdut.

La început starea generală a femeei este puţin îngrijitoare. Când hemoragia este lentă, se poate opri dela sine prin formarea de chiaguri, cari astupă orificiile prin care curge sângele

Foarte rar se întâmplă sa femeia să moară în urma primului accident prin o hemoragie abundentă.

In genere, la acest fel de hemoragie, găsim o tendinţă spre vindecare prin formarea de chiaguri, în opoziţie cu hemoragia prin deslipirea placentei, care prin decolorarea de noui cotiledoane, deschide guri noui de scurgere.

Dacă pentru mamă pronosticul nu este aşa grav, pentru făt el este foarte serios. Aci pronosticul depinde şi de gravitatea hemoragici şi de vârsta la care a ajuns sarcina în momentul ruperei sinusului circular.

Când hemoragia se produce înaintea termenului sarcinei, provoacă aproape fatal facerea prematură.

Această hemoragie lucrează în două moduri :

1) Sângele deslipeşte membranele şi se ştie că aceasta este un mijloc de a provoca facerea.

2) Dacă hemoragia se opreşte, continuarea sarcinei este compromisă. Chiagurile cari se formează, au un rol de corp străin, provocând apariţia de contraţiuni dureroase.

Dacă fătul este viu, poate fi asfixiat prin pierderea de sânge, căci deşi hemoragia provine dela mamă, dar fiindcă sinusul este în comunicaţie directă cu sângele locurilor sanguine, dacă aceste locuri se golesc, vilozităţile fetale nu mai pot avea oxigenul necesar pentru făt

Tratamentul expectativ faţă de hemoragie mică: tamponament, spălături vaginale fierbinţi.

Tratament obstetrical: dilatarea bimanuală a colului uterin, extracţia fătului prin aplicare de forceps sau versiune internă.

Tratamentul general: ser artificial fie în injecţiuni, fie rectal goutte à goutte şi tonice.

OBSERVAȚIA I-a

(TEZA LUI MAKSUD)

D-na B. multipară 35. Din patru copii la termen unul trăește are 5 ani. Ultima menstruație în Mai 1892. Sarcina normală. La 14 Februarie 1893 ora 2 p. m. intră în spital având o ușoară hemoragie.

Copilul în prezentație cranienă poziţiune stângă. La ora 10 seara dilatarea aproape complectă, pierde sânge prin organele genitale ceiace face să se creadă o inserție vicioasă a placentei. La tactul vaginal nu se poate ajunge nici un cotiledon. Se rup membranele și hemoragia încetează. La ora 11 capul apare la vulvă, la $11^1/_2$ se expulzează un făt de 3570 gr. După 20 minute placenta se găsește în vagin. Membranele complecte cu ruptura oblică în raport cu marginea placentei având o lungime de 15—16 cm.

La acest nivel pe marginea placentei și pe membrane se află un chiag aderent care măsoară 8—9 cm. lungime. Ridicat și examinat cu atenţiune se constată că este liber de toate părţile, continându-se într'o parte prin o prelungire în sinusul circular. La acest nivel pe marginea placentei acoperite de chiag se găsește o lacună periferică deschizându-se larg în sinus. Chiagul poate fi urmărit până în această cavitate unde se găsește sânge cuagulat. Placenta nu mai prezintă nimic deosebit.

OBSERVAȚIA II-a

(MAKSUD)

D-na B. în vârsta de 30 ani secundipară, ultima mestruație 15 Martie 1892. Inceputul sarcinei cu greață și câteva vărsături. Sarcina normală până la 14 Octombrie când la ora 6 p. m. se simte deodată umedă. Pierdea mult sânge pentru care intră în

serviciu unde se constată fătul viu şi existenţa de contracţiuni uterine. Este aşezată în pat, i-se face o clismă laudanizată urmată de o injecţie cu morfină. Hemoragia se opreşte şi contracţiunile încetează. Starea generală se ameliorează şi păstrează patul fără accidente până la 5 Noembrie 1892 când la ora 3, fiind aşezată pe scaun, pierde din nou o mare cantitate de sânge. Aşezată în pat i-se face o injecţiune vaginală fierbinte, care pare că opreşte scurgerea. Din acest moment D-na B. se plânge de dureri continui la hipogastru şi are contracţii uterine dureroase.

Cu tot repausul şi spălături calde, se produce o nouă pierdere de 200 gr. de sânge. Contracţiunile uterine sunt frecvente şi subintrante. Sgomotele cordului fetal bune. Copilul se prezintă cu capul în poziţie. O. I. S. T. Se pune întrebarea dacă trebue să se dea mamei opium pentru a opri contracţiunile şi să se obţie continuarea sarcinei până la termen sau să se rupă membranele spre a provoca facerea şi opri hemoragia. De teama unei noui hemoragii se hotăreşte ruperea membranelor.

In afară de hemoragie nimic altceva nu făcea să se creadă o inserţiune vicioasă a placentei. Nu s'a constatat îngroşarea segmentului inferior al uterului, membranele erau subţiri, nu se simţia marginea placentei. Orificiul extern al colului era larg deschis; canalul cervical avea o lungime de un centimetru şi jumătate; partea colului în raport cu capul prezenta un orficiu strâmt. Membranele exact aplicate pe craniu, se putea crede că sunt rupte însă degetul în contact cu ele capătă senzaţia unei suprafeţe netede şi le poate face să alunece pe craniu. Au fost rupte cu o pensă, după care cu indicele s'a lărgit ruptura la dreapta şi la stânga. S'a împins puţin în sus capul lăsând să curgă 200 gr. lichid sanghiuolent. Hemoragia s'a oprit complect. Contracţiunile uterine devin mai regulate. Travaliul merse repede şi la ora 8 seara născu un copil de 2325 gr. Imediat după legarea cordonului s'a expluzat placenta. Dela ruperea membranelor femeia nu a mai pierdut sânge.

Placenta este întreagă, în greutate de 380 gr. Ruptura membranelor oblică ajunge într'o parte până la 4 cm. de marginea placentei. Diametru placentei este de 17 pe 20 cm. fără a prezenta pe suprafaţa sa urma unei deslipiri anterioare.

La nivelul sinusului circular şi pe membrane se observă chiaguri de date diferite. Pe marginea placentei există într'un punct un chiag mare, aderent, lung de 6—7 cm. şi gros de 2 cm. Acest chiag ridicat se descoperă între placentă şi membrane uşor detaşate la acest nivel, un şanţ lung de 5—6 cm. profund de 6—8 mm Ceva mai departe de acest chiag mare se mai găsesc alte chiaguri mai vechi cenuşii. Alte chiaguri vechi şi noui sunt aşezate între sursa de hemoragie şi ruptura membranelor. Placenta nu prezintă o grosime uniformă, jumătate este mai groasă 17 mm. ½ mai subţire 5—8 mm. până la 12 mm. în unele locuri.

OBSERVAŢIA III-a

(MAKSUD)

Femeia N. primipară, ultima menstruaţie la 23 Aprilie 1892. Sarcina bună fără accidente. Intră în serviciu la 16 Ianuarie 1893. La 28 Ianuarie are primele dureri şi este dusă în sala de facere la ora 8 seara. Copilul se prezintă cu extremitatea cefalică în poziţia O. I. D. P.; capul nu este angajat; lichid amniotic abundent; colul complect şters; orificiul uteriu începe să se dilate. Durerile la început puţin intense se accentuează către ora 9 şi produc femeei o agitaţie extremă. Dilataţia merge lent; la 10 este abia de 3—4 cm. La ora 10 ½ seara punga apelor ajunsă la vulvă se rupe.

Lichidul amniotic care se scurge este verzui şi femeia începe să piardă sânge din abundenţă. Sgomotele cordului fetal rărite; capul fiixat la strâmtoarea superioară.

Cu scopul de a opri hemoragia se face femeei o injecţiune vaginală fierbinte, fără a opri însă sângele care curge aproape în jet continu. Se telefonează la Budiu, dar nefiind acasă, internul Chavane aplică forcepsul oblic la capul fătului care este încă sus. Colul nu este complect dilatat, este însă dilatabil. De altfel extracţie s'a făcut încet în timpul contracţiilor spre a desăvârşi dilataţia şi a proteja părţile moi ale mamei.

Copilul este palid, în moarte aparentă.

Cu tubul Ribemont se aspiră sânge din căile aeriene; este ridicat în urmă de picioare şi se observă curgând pe nas şi gură o cantitate de sânge curat. Cu toate îngrijirile copilul nu poate fi adus la viaţă. El cântăreşte 2700 gr.

Mamei i-se fac înjecţiuni vaginale foarte calde. Hemoragia se opreşte şi placenta fiind în vagin este extrasă prin uşoare tracţiuni pe cordon.

Anexele sunt în întregime. Ruptura membranelor paralelă cu marginea placentei se află la 10 cm. departe de aceasta. Pe membrane şi pe marginea placentei se află un chiag recent, aderent, lung de 8 cm. larg de 6 cm. Acest chiag ridicat se găseşte sub el sinusul circular, care şi el este distrus de un chiag recent de 5 - 6 cm. lungime şi care se continuă cu cel exterior printr'o ruptură a sinusului circular.

Sinusul circular este desvoltat şi aparent pe restul placentei, conţinând mici chiaguri filiforme. Diametrul placentei fiind de 14 cm. pe 17 cm.; nu prezintă nicăieri urme de deslipire anterioară. Cordonul are o inserţie marginală. Lehuzia a fost normală.

OBSERVAŢIA IV-a

(BUDIN)

D-na X. secundipară Ultima menstruaţie la 12—15 Iunie 1892. Sarcina cu evoluţie normală; la 27 Decembrie 1892 a simţit câteva dureri abdominale; avea contracţii uterine şi uşoară scurgere sanguinolentă prin organele genitale externe. Cu repaus în pat şi spălături laudanizate scurgerea a încetat în 24 ore şi durerile încet, încet. După 3 săptămâni părăseşte patul până la 11 Februarie 1893 când are o durere vie abdominală cu o pierdere mare de sânge. Examinată de soţ, care era medic, colul era lung şi nu exista nici un fenomen de facere. Examinată de Maygrier, aceasta găseşte că scurgerea este un amestec de sânge şi serozitate; lucru confirmat şi de Budin care găseşte uterul tetanizat. Palpeul şi ascultaţia nu dădeau nici o indicaţie, durerile erau surde şi continui, colul lung. Durerile puţin intense au persistat şi peste noapte cu toată injecţia laudanizată.

A doua zi colul era aproape şters.

Exploraţia segmentului inferior nu lasă să se constate nici un semn de placenta praevia; extremitatea cefalică era profund angajată şi ţesutul uterin nu prezenta nici o îngroşare.

Cum membranele erau intacte şi cum totuşi cursese sânge şi serozitate, Budin s'a întrebat dacă nu cumva a existat o pungă hidroreică şi care ajunsă până la marginea placentei să fi provocat ruptura sinusului circular şi hemoragia.

La 11 Februarie 1893 seara dilataţia fiiind complectă, Budin a rupt artificial membranelor. A curs un lichid amniotic foarte clar şi dădu naştere unui făt viu de 2000 gr. După eşirea capului şi a umărului a curs lichid amniotic şi sânge. iar după expulzia fătului odată cu contracţiunile uterului au fost expulzate şi chiaguri. Placenta ajunsă în vagin a fost extrasă prin expresie.

Ruptura membranelor avea extremitatea cea mai apropiată la 7 cm. distanţă de marginea placentei.

Mult mai departe la o mare distanţă de orificiul de eşire al fătului, pe membrane se găsea un chiag negru, care cu o extremitate pătrundea în sinusul circular care avea o ruptură. Intre placentă şi orificiul de eşire al fătului membranele erau pline de sânge probabil că pe aci îşi făcuse loc sângele hemoragic şi aci se formase chiagurile anterioare. Pe marginea placentei în partea opusă se găsea un chiag lung vechi alburiu murdar, care acopera sinusul circular, format probabil în luna Decembrie cu ocazia primului accident. Placenta nu prezintă nici o urmă de deslipire veche sau recentă. Lehuzia a fost normală.

Cu o doică bună copilul a ajuns la 5 Aprilie 1893 la 3500 gr. greutate.

In aceste patru cazuri placenta este inserată în aproprierea orificiului intern al colului interin.

OBSERVAŢIA V-a

(BUDIN)

D-na X multipară, are ultima menstruaţie la 20—26 Dec. 1891

Mişcările fetale au fost simţite la 6 Martie 1892.

Prima hemoragie s'a produs la 30 Aprilie 1892 la ora 12 în timpul mesei A doua la 4 Mai 1892 la 9 seara. A trei mult mai adundentă la 6 Mai la ora $1^1/_2$ noaptea în somn.

La tact colul în întregime şters şi orificiul uterin dilatat de 3 cm. Facerea prematură era inevitabilă. Membranele care formau punga apelor erau subţiri şi netede fără rugozităţi ca cele din marginea placentei.

Partea fetală angajată şi ţesutul uterin nu prezenta în nici o parte vre-o îngroşare care să indice o inserţie vicioasă.

A fost expluzat un făt de 950 gr.

Membranele erau rupte la polul opus placentei.

Pe circonferinţa placentei se află într'un loc un chiag recent voluminos care pătrunde printr'o deschizătură în sinusul circular In alte două locuri se găsesc pe această circoferinţă alte două chiaguri vechi ale rupturilor anterioare. Nu se observă nici o urmă de desl pire anterioară a placentei.

OBSERVAŢIA VI-a

(MAKSUD)

Femeia D. terţipară, în vârstă de 32 ani. Facerile ante rioare normale. lat ermen. Sarcina actuală datează din Aprilie 1892. Ultima menstruaţie terminată la începutul acestei luni. Sarcina fără accident până la 8 Ianuarie 1893 când la ora 5 dimineaţa o hemoragia abundentă şi spontană o deşteaptă din somn. Hemoragia continuând veni la spital la ora 10 a. m

La examen un uter gravid cam în 8 luni şi jumătate. Sgomotele cordului fetal bune. Fătul în prezentaţie craniană, în poziţie O. I. D. P.

La tactul vaginal se găsesc chiaguri în vagin.

Nu se găseşte nici un semn de inserţie vicioasă a placentei, nici membrane rugoase, nici îngroşarea segmentului inferior. La ora $10^{30'}$ se provoacă ruperea membranelor spre a face să

înceteze hemoragia. Aceasta se opreşte complect. La $11^{1}/_{4}$ femeea începe să simtă primele contracţiuni dureroase. Travaliul merge repede, la ora $12^{40'}$ dilataţia era complectă şi la ora 1 p. m. femeia explusă un făt de 2870 gr. La $1^{30'}$ placenta fiind în vagin se face extracţie.

Ruptura membranelor era departe de marginele placentei aproape la egală distanţă de marginele ei, aşa că inserţia placentei a avut loc pe fundul uterului.

Cotiledoanele nu prezintă nici o tromboză sau altă urmă de deslipirea anterioară.

La periferia placentei pe o distanţă de câţiva centimetri ca şi pe membrane se găsea un chiag negru aderent. Acest chiag ridicat, se putea vedea sinusul circular foarte desvoltat şi rupt, având în interiorul lui sânge cuagulat, deci o ruptură a sinusului care a produs hemoragia.

OBSERVAŢIA VII-a

(BUDIN)

Doamna A. secundipară a avut un abort anterior, fătul fiind mort de câtva timp. Din nou însărcinată nu se poate preciza vârsta sarcinei pentrucă ultima menstruaţie a fost dela 26 Iulie la 5 August. A pierdut sânge şi chiaguri la 15 Octombrie şi a mai avut o scurgere sanguinolentă la 21 Octombrie.

Starea generală bună, sarcina evolua normal.

Sâmbătă 8 Aprilie, întorcându-se dela ţară la Paris la ora 6 seara, fiind în trăsură a fost sguduită de aceasta în trecerea peste liniile de tramvaie. Obosită luă masa şi plecă la două serate succesiv. A doua zi Duminică 9 Aprile, având dureri cheamă pe Prof. Budin care a constatat facerea înaintată deşi durerile nu erau mari.

Colul şters; orificiul dilatat de 2 cm. Fătul se prezintă cu pelvisul.

Injecţia cu morfină şi injecţia laudanizată nu a putut face să retrocedeze facerea şi la 10 Aprilie la ora 1 noaptea D-na A. născu un făt de 1080 gr, carea a murit câteva ore în urmă.

Expulzia spontană a placentei a avut loc $^{1}/_{2}$ oră după expulzia fătului.

Membranele erau rupte la polul opus placentei. Intr'un loc pe marginea massei cotiledoanelor se găseau chiaguri negricioase şi cari semănau a avea o existenţă de 24 ore, fiind aplicate pe marginea placentei şi acoperind o mică parte din membrane.

O parte din ele fiind ridicate se găseşte sinusul circular

rupt şi la cele 2 extremităţi ale rupturei, chiagurile pătrundeau în sinusul rămas intact.

Intr'o parte prin transparenţă se vedea acest chiag care se subţia încetul cu încetul.

Nu există urmă de deslipire a cotiledoanelor.

S'a bănuit că ruptura a fost provocată cu ocaziunea sdrucinăturile de trăsură.

OBSERVAŢIA VIII-a

CLINICA OBSTETRICALĂ — BUCUREŞTI
COMUNICATĂ LA SOC. DE CHIRURGIE DIN BUCUREŞTI. MAIU 1910
DE D-l. Dr. ZAHARESCU-KARAMAN.

Elena Băboescu în vârstă de 39 ani, novipară, gravidă la termen, intră în serviciu la 19 Ianuarie 1910 ora 4.15 p. m.

Antecedente hereditare şi colaterale. Tatăl trăeşte şi e sănătos; mama moartă de 2 ani cu hemiplegie stângă şi afazie.

Au fost 9 fraţi, toţi sănătoşi, o soră a murit acum 12 ani în urma unei faceri.

Antecedente personale. A umblat curând în picioare; a avut alăptare maternă. Nu a avut nici o boală infecţioasă; neagă sifilisul. Menstruată la 11 ani, 8—10 zile, regulat, fără dureri, cu pierderi mari de sânge. Măritată la 19 ani, rămâne îndată însărcinată şi naşte la termen; facerea şi lehuzia fiziologică. Mai are încă 7 sarcini la termen, cu lehuzii fiziologice.

Sarcina actuală. Ultima menstruaţie în cursul lunei Aprilie 1909. Nu a prezentat nimic particular până la 14 August, când în urma unei emoţiuni (a crezut că o căruţă i-a călcat un copil) are dureri lombare în cursul nopţei, iar a doua zi pe când se întorcea dela biserică, a pierdut o însemnată cantitate de lichid rozat, care nu era sânge curat, fără nici o durere. O moaşe îi făcea irigaţii vaginale şi nu încetă pierderile decât după 4 zile, pentru a reapărea curând cu aceleaşi caractere. Câte odată pierdea chiar sânge curat şi chiaguri, iar repausul nu aducea nicio îmbunătăţire.

Cu toate asigurările unui medic că nu este nimic grav, femeia se duse la consultaţiile spit. Brâncovenesc, unde i s'au administrat medicamente, care făcură să înceteze pierderile pentru câteva zile.

Nu ştie epoca când a simţit primele mişcări fetale.

19 Ianuarie. O nouă hemoragie. Vine la Maternitatea unde e reţinută, bănuind o placentă praevia.

Starea prezentă. Starea generală bună, deşi puţin anemiată, ţesutul celular subcutanat şi scheletul în general, şi basinul în

particular bine dezvoltat. Nimic din partea organelor toraco-abdominale. Urina nu conţine albumină nici zahăr.

Inspecţie. Mamele mărite de volum, cu areola şi mamelonul pigmentat. Abdomenul mult mărit de volum, dădea impresia unei sarcini gemelare, din cauza abundentului ţesu celulo-grăsos.

Palparea. Prezentaţie craniană O. I. D. P. craniul neangajat.

Tact. Colul lung, orificiile permeabile, membrane intacte, craniul sus mobil. Prin vagin se scurge o însemnată cantitate de sânge. Nu prezintă varice vulvare, nici vaginale; nu se dă de placentă.

Ascultaţia. Bătăile cordului fetal regulate. Se face tratamentul general şi local spălături vaginale fierbinţi.

Facerea. 22 Ianuarie 1910. Ştergerea colului 10 a. m. Ruperea pungei 3 30' p. m. Dilatarea complectă 3 40' expulzia fătului 4 15' şi a plancentei 4 30 spontan. Durata totală 6 30' — P. I 5 40' P. II 35' P III 15'.

Greutatea fătului. 3300 gr., lungime 52 cm. sex maxculin viu.

Placenta. 700 gr. cordonul lung de 63 cm. inserţia marginală, ruperea membranelor centrală. Placenta prezintă pe o porţiune din marginea sa de 4 ½ cm. chiaguri vechi organizate, la nivelul unei cicatrice a sinusului circular, rupt în acel loc. O altă ruptură recentă a sinusului circular era acoperită cu chiaguri recente, cari se continuă şi în interiorul sinusului pe câţi-va centimetri distanţă.

Lehuzia fiziologică. Ese restabilită cu copilul sănătos la 30 Ianuarie 1910.

OBSERVAŢIA IX-a.

CLINICA OBSTETRICALĂ DIN BUCUREŞTI.
COMUNICATĂ S-ŢIEI DE UROLOGIE. OBSTETRICĂ ŞI GINECOLOGIE.
ŞEDINŢA DIN MAIU 1923. — DE D-l Dr. ZAHARESCU-KARMAN.

Femea Ana D.... de 40 ani. mare multipară intră în Clinica Ostetricală din Bucureşti în ziua de 13 Aprilie 1923 (No. intrărei 753) pentru o hemoragie gravă survenită în cursul travaliului.

Antecedentele sale nu prezintă nimic particular.

Antecedentele ginecologice. Menstruată la 12 ani, timp de 2—3 zile, cu pierderi moderate, ce se repetau cu aceleaşi caractere la intervale de 4 săptămâni. Căsătorită la 15 ani.

Antecedentele Obstetricale. La vârsta de 16 ani, are o naştere la termen, urmată de alte două, la intervale de câte un an. Aceste sarcini şi lehuzii au fost normale.

Sarcina patra se termină cu un abord spontan în cursul lunei a patra.

Sarcina a cincea are loc la 7 ani după sarcina precedentă. Atât sarcina 5-a cât şi cele două ce-i urmează sunt duse la termen, se termină normal, cu lehuzii fiziologice.

Sarcina opta şi a noua au fost întrerupte între a treia şi a patra lună prin provocare de abort.

Primii doi copii au murit de scarlatină iar restnl de patru sunt sănătoşi.

Sarcina actuală — a zecea la număr, datează de la 29 Iunie 1922, când a avut ultima menstruaţie.

Sarcina a purtat-o greu având fenomene de compresiune vezicală şi rectală, oedeme ale membrelor inferioare fără a avea însă albumină în urină.

Travaliul. In cursul nopţei de 12 Aprilie 1923 încep contracţiuni uşoare de travaliu, iar la ora 1 în ziua de 13 Aprilie lichidul amniotic se scurge în cantitate apreciabilă în cursul unei contrac iunei.

Până la ora 7 în ziua de 13 contracţiile se repetă rare, slabe; mişcările fătului se simt bine.

Fără cauză apreciabilă la ora 7 începe o hemoragie uterină, abundentă. care durează atât în timpul cât şi între contracţiunile uterine, şi care în scurtă vreme anemiază femeia în aşa mod că sincope repetate, alarmează familia şi pe moaşe, care trimite imediat după un medic.

Acesta examinând pacienta la ora 10 o trimite în Clinica Obstreticală, după facerea unui examen genital, cu diagnosticul de placenta praevia.

La domiciliu femeia a fost examinată genital de foarte multe ori.

Starea generală la intrarea în clinică era serioasă; tegumentele şi mucoasele palide, puls frecuent, mic, externităţi reci, stări sincopale, urina nu are albumină.

Starea locală Uterul are fundul la 6 laturi de deget deasupra ombiiicului.

Fătul în prezentaţie craniană, poziţie O. I. S. A., capul la strâmtoarea superioară, scoborât; bătăile cordului fetal nu se mai auzeau.

La tuşeul vaginal se constată că orificiul uterin era dilatat ca un pod de palmă mic, marginile orificiului extensibile, membranele rupte, capul scoborât Prin orificiu uteriu eraminându-se segmentul inferior, nu se constată prezenţa vre-unei porţiuni de placentă, deci era exclus putinţa unei placente praevia.

Contracţiunile uterine destul de bune se repetau la interval de 4—5 minute.

In intervalul a două contracţiuni uterul are consistenţă normală.

Operaţia. La ora 11 $^1/_2$ sub anestezie cloroformică, se face dilatarea bimanuală a arificiului uterin, urmată de baziotripsie şi extracţia fătului.

Controlul uterin făcut imediat după extracţia fătului, a arătat că placenta era deslipită în întregime, păstrând însă legătura cu peretele uterin numai prin intermediul membranelor, cari încă nu se deprinsese. Ast-fel între peretele uterin şi placenta deslipită exista o cavitate plină cu cheaguri de sânge, a cărei limită le făcea membranele oului deslipite însă în porţiunea lor postero-inferioară pe unde dăduse loc, hemoragiei externe.

Inserţia placentară avusese loc pe peretele posterior al uterului pe fund şi puţin pe peretele anterior, ceiace confirma şi tactul vaginal prin care nu se constatase prezenţa placentei.

Placenta în greutate de 700 gr., are o circonferinţă de 60 ctm., cu diametre de 23 ctm. şi 18 ctm. fiind mai mult ovală. — Grosimea placentei 2 $^1/_2$ ctm Suprafaţa uterină are un număr de 15 cotiledoane.

Pe faţa fetală nu se constată nimic particular, inserţia cordonului fiind marginală, cordonul având o lungime de 35 ctm.

Ruperea membranelor mai mult marginală, fără a atinge însă marginea placentei.

La periferia placentei pe o întindere de aproxomativ 15 ctm., se constată că sinusul uterin este trombozat, având grosimea unei pene de găină.

In una din extremităţi trombusul sinusului circular forma un dop măricel, de mărimea unui sâmbure mic de măslină, care astupa orificiul pe unde avusese loc hemoragia.

Prin transparenţa membranelor, existenţa trombusului sinusului apărea mai evidentă, atat prin relieful ce-l făcea, cât şi prin coloraţia închisă, datorită chiagului din sinus.

CONCLUZIUNI

1. Hemoragiile din ultimele trei luni ale sarcinei şi din timpul travaliului, pot fi datorite şi ruperei sinusului circular al placentei.

2. Această cauză pare să fie destul de frecventă, însă scapă nediagnosticată, căci nu sunt cercetate cu atenţiune toate placentele femeilor, cari au avut hemoragii în cursul sarcinei sau travaliului.

3 Ruperea sinisului se poate produce pe placentele normal înserate, însă este ocazionată mai frecuent de inserţiile placentei în segmentul inferior al uterului.

4. Ruperea se poate produce în urma unui traumatism sau chiar în mod spontan, condiţionat de sigur de un proces anatomo-patologic, provocând o hemoragie destul de gravă pentru mamă dar mai ales pentru făt.

5. Diagnosticul este dificil în timpul sarcinei şi al travaliului, dar se pune cu certitudine după facere, cercetând cu atenţiune placenta.

6. Tratamentul nu diferă de acel al hemoragiilor din ultimile trei luni ale sarcinei.

Văzută şi bună de imprimat,

Preşedintele Tezei, Decanul Facultăţii,

(ss) **Prof. Dr. N. GHEORGHIU** (ss) **Prof. Dr. TOMA IONESCU**

BIBLIOGRAFIE

1) P. BUDIN. — Femmes en couches et nouveau-nés.

2) P. BAR — A. BRINDEAU — CHAMBRELENT. — La pratique de l'art des accouchements 1914.

3) B. DYLION. — De l'insertion viciense du placenta. Essai de clinique Therapeutique. Thése de Paris 1890.

4) MAKSUD. — Diagnostic rétrospectif de l'insertion vicieuse du placenta. Hémorrhagies duesu à la rupture du sinus circulaire. Thése de Paris 1893.

5) RIBEMONT-DESSAIGNES. — Traité d'obstétrique.

6) M. RIVRON. — De la rupture du sinus circulaire. Thése de Paris 1897.

7) S. TARNIER et BUDIN. — Traité d'obstrétique.

8) Dr. ZAHARESCU-KARAMAN. — Comunicarea la Societatea de Chirurgie din Bucureşti Mai 1910.

9) Dr. ZAHARESCU-KARAMAN. — Revista de obstetrică, Ginecologie şi Puericultură No. 5, 6. 1923.